

Justyna Rój

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

**Iga Rudawska, *Zintegrowana opieka zdrowotna. Podejście relacyjne do obsługi pacjenta jako klienta*, Wolters Kluwer SA, Warszawa 2014, ss. 356**

Recenzowana monografia zasługuje na szczególną uwagę ze względu na zawarty w niej postulat koordynacji organizowania i dostarczania opieki zdrowotnej, w szczególności pacjentom przewlekle chorym. Zainteresowanie tą problematyką wykazuje wiele światowych gremiów, ponieważ koncepcja jawi się jako jeden z istotnych sposobów na podniesienie jakości opieki zdrowotnej. Mimo znacznej liczby prac skupiających się na tym paradygmacie, zagadnienie jakości obsługi pacjenta w jego perspektywie jest jeszcze wciąż słabo rozpoznane. Stąd też walorem recenzowanej monografii jest otwarcie w Polsce dyskusji nad koncepcją zintegrowanej opieki zdrowotnej, jak i sposobami dokonywania oceny jakości obsługi pacjenta w tym paradygmacie. Przeprowadzone w pracy badania są badaniami pionierskimi w warunkach polskich a zaproponowany model ma oryginalny i twórczy charakter.

Praca składa się ze wstępu, pięciu rozdziałów i zakończenia oraz wykazu skrótów, bibliografii i aneksu. Bibliografię stanowi ponad 350 pozycji. Celem recenzowanej monografii jest opracowanie koncepcji pomiaru i kompleksowej oceny jakości obsługi pacjenta w jednym z rozwiązań systemowych opieki zdrowotnej określanych pojęciem zintegrowanej opieki zdrowotnej. Autorka za hipotezę badawczą przyjęła „pogląd, że możliwe jest wypracowanie metodyki oceny jakości obsługi pacjenta w paradygmacie zintegrowanej opieki zdrowotnej, która będzie uwzględniać jednocześnie perspektywę dwóch głównych interesariuszy systemu ochrony zdrowia tj pacjentów i usługodawców” (s. 17).

Tym samym, Autorka postawiła sobie bardzo ambitne zadanie, bo po pierwsze paradygmat zintegrowanej opieki zdrowotnej nie funkcjonuje w polskim systemie opieki zdrowotnej w przyjętym w monografii rozumieniu. Jest to jednak paradygmat pożądaný i promowany przez Światową Organizację Zdrowia ze względu na pozytywny wpływ na efektywność ekonomiczną, jak i wspomnianą jakość opieki zdrowotnej tak już funkcjonujących systemów. Wobec powyższego przeprowadzenie badań na gruncie polskim staje się o wiele trudniejsze i w rezultacie ma charakter predykcyjny. Po drugie, zaproponowane przez Autorkę podejście metodyczne ma charakter relacyjny, tj. uwzględnia optykę pacjenta (klienta) oraz usługodawcy – podejmującego decyzje alokacyjne w systemie ochrony zdrowia.

W monografii określone zostały także cele cząstkowe, służące realizacji celu pracy oraz weryfikacji postawionej hipotezy badawczej. W przeprowadzonych przez Autorkę badaniach wykorzystane zostały źródła pierwotne oraz wtórne a do weryfikacji hipotezy Autorka posłużyła się szeroką gamą metod badawczych, co wynika z przyjętej koncepcji metodycznej – zgodnie z założeniami triangulacji metodologicznej, przyjmującej zastosowanie różnych technik badawczych, w tym technik jakościowych (przede wszystkim analiza ekspercka, wywiady grupowe zogniskowane, badania ankietowe, studium przypadku)

i technik ilościowych (metody statystyczne). W części teoretycznej przeprowadzone zostały obszernie studia literaturowe, jak i przegląd krajowych i międzynarodowych opracowań statystycznych wykorzystując do tego analizę porównawczo-opisową. Wybór poszczególnych metod jest bezsprzecznie właściwy i pozwolił na rozwiązanie postawionego przez Autorkę problemu badawczego.

Walorem przeprowadzonych badań jest to, że w wątku metodycznym monografii Autorka nie odniosła się tylko do jednego poziomu analizy, ale jednocześnie do dwóch poziomów, tj. zarówno do poziomu mezo i poziomu mikro. Warto nadmienić iż za osnowę Autorka przyjęła procesowe – a nie strukturalne – ujęcie integracji oraz skupiła się na integracji procesu świadczenia opieki zdrowotnej, wykluczając integrację procesu finansowania opieki zdrowotnej. Przyjęcie ujęcia relacyjnego sprawiło, że uwzględnione zostały także różne punkty widzenia na badane zjawisko. Zastosowanie powyższego podejścia, jak i szerokiego zakresu badań i metod zapewniły Autorce rzetelne zbadanie i wyjaśnienie przedmiotu badań.

Przeprowadzony przez Autorkę proces badawczy składa się z pięciu etapów korespondujących z celami szczegółowymi monografii. Autorka w sposób bardzo przejrzysty i syntetyczny przedstawiła we wstępie opis poszczególnych etapów badawczych i zobrazowała go rysunkiem. Opis ten wskazuje na ogrom pracy badawczej Autorki. Pierwszy etap badawczy to systematyczna analiza światowej literatury ciągłej wydanej na świecie w latach 1990-2013 z zakresu ekonomiki zdrowia i dziedzin pokrewnych. W rezultacie Autorka opracowała logiczną konstrukcję procesu badawczego oraz skonceptualizowała podstawowe kategorie pojęciowe podejmowanej tematyki, jak „zintegrowana opieka zdrowotna”, „obsługa pacjenta” i „jakość obsługi pacjenta”, a które w kolejnych etapach badawczych stały się przedmiotem operacjonalizacji. Drugi etap badawczy polegał na przeprowadzeniu dwóch grup badań jakościowych, tj. serii spotkań z ekspertami opieki zdrowotnej dobranymi w sposób celowy i wywiadu grupowego zogniskowanego z pacjentami przewlekle chorymi. Zgromadzony w ten sposób materiał empiryczny poddany został analizie statystycznej, a więc weryfikacji w sensie ilościowym w trzecim etapie badawczym. Czwarty etap badawczy polegał na weryfikacji możliwości zastosowania zbudowanego narzędzia pomiarowego w warunkach polskich z perspektywy usługodawcy, jak i pacjenta przy zastosowaniu badań ilościowych i jakościowych. Piąty etap badawczy to sformułowanie uogólnień na podstawie przeprowadzonych studiów i badań oraz przedstawienie propozycji modelu oceny jakości obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej.

Struktura książki została podporządkowana przyjętemu celowi i metodyce badawczej. Poszczególne rozdziały odzwierciedlają poszczególne etapy badawcze, jak i przyjęte cele szczegółowe. W rozdziale pierwszym Autorka wskazała przesłanki zmiany paradygmatu opieki zdrowotnej z systemu fragmentarycznego na system zintegrowany. Wzrost kosztów opieki zdrowotnej i niższa postrzegana jakość procesu opieki zdrowotnej jako całości zostały wskazane jako podstawowe negatywne konsekwencje dezintegracji systemu opieki zdrowotnej. Poza tym, dokonana i przedstawiona została analiza czynników warunkujących przemianę sposobu organizacji i dostarczania opieki zdrowotnej odrębnie dla czynników lokowanych po stronie popytu, jak i podaży usług opieki zdrowotnej. Rozdział zawiera także omówienie wyzwań, wobec których staje system opieki zdrowotnej w związku z trans-

formacją modelu opartego na fragmentaryzacji opieki na model oparty na jej integracji. Przedstawione zostały także wnioski z przeprowadzonej analizy zmieniającego się profilu demograficzno-epidemiologicznego mieszkańców regionu europejskiego. Wynika z nich wzrost zachorowalności na choroby przewlekłe wśród chorób niezakaźnych, które to stanowią główne źródło zagrożeń stanu zdrowia ludności w krajach o wyższym statusie ekonomicznym. Jednocześnie Autorka wykazała, iż po pierwsze, choroby chroniczne wymagają innego niż choroby ostre sposobu organizacji procesu usługowego, a przede wszystkim: kompleksowej opieki, ciągłego monitorowania stanu zdrowia pacjentów, wielodyscyplinarnego podejścia, a nie wąskiej specjalizacji oraz tworzenia sieci współpracujących ze sobą podmiotów. Po drugie, następuje wzrost znaczenia aspektu ekonomicznego zapewnienia opieki zdrowotnej osobom przewlekłe chorym, co wynika ze skali zapadalności na te choroby oraz wpływów zdrowia na wzrost gospodarczy. Obciążenia gospodarek europejskich wydatkami na leczenie chorób chronicznych (co także zostało zobrazowane w monografii w sposób liczbowy) wzrasta, co uzasadnia zainteresowanie racjonalizacją tych kosztów w funkcjonujących systemach opieki zdrowotnej w Europie i podejmowanie działań na rzecz integracji opieki zdrowotnej.

W rozdziale drugim zaprezentowano ekonomiczną interpretację integracji w opiece zdrowotnej, a kanwą rozważań stała się nowa ekonomia instytucjonalna. Ponadto, przedstawiono argumenty przemawiające za rozwiązaniami sieciowymi w opiece zdrowotnej oraz teoretyczne podstawy współpracy międzyorganizacyjnej w opiece zdrowotnej. Przeprowadzone wywody pozwoliły Autorce na stwierdzenie, iż integrację opieki zdrowotnej można postrzegać jako rozwiązanie sieciowe ze względu na implikowanie sformalizowanej współpracy między podmiotami, które jednak pozostają autonomiczne.

W rozdziale trzecim omówiono koncepcję zintegrowanej opieki zdrowotnej. Autorka wykazała występującą w literaturze przedmiotu różnorodność interpretacyjną tej koncepcji oraz jej definicję zaproponowaną przez Światową Organizację Zdrowia w roku 2001. Definicja stała się osnową dla rozważań w następnych rozdziałach monografii, a określa ona opiekę zintegrowaną jako „...koncepcję łączącą zasoby na wejściu, proces świadczenia usług, zarządzanie i organizację usługami zdrowotnymi w odniesieniu do diagnostyki, terapii, rehabilitacji i promocji zdrowia” (s. 101). Zatem Autorka w monografii przyjmuje iż zintegrowaną opiekę zdrowotną można postrzegać jako taki proces organizowania opieki zdrowotnej, który jest ciągłym i powiązaniem zbiorem działań podejmowanych przez współpracujące ze sobą podmioty.

W rozdziale przedstawione zostały także modelowe ujęcia zintegrowanej opieki zdrowotnej oraz jej mechanizmy i narzędzia na podstawie doświadczeń krajów rozwiniętych. Punkt wyjścia do prowadzonych tu rozważań stanowił Model Opieki Permanentnej E. Wagnera (1998), który wywarł najsilniejszy wpływ na koncepcję zintegrowanej opieki zdrowotnej. Stanowi on kompleksową propozycję organizacji opieki zdrowotnej dla przewlekłe chorych i opiera się na założeniu skutecznych, czyli prowadzących do poprawy wyników relacji między zespołem profesjonalistów medycznych a pacjentami. Poza tym – zdaniem Autorki – w swych założeniach koncepcja ta jest bliska orientacji na pacjenta, mimo iż nie posługuje się wprost tym pojęciem.

W rozdziale tym zaprezentowano także swoista taksonomię zintegrowanej opieki zdrowotnej, analizę poziomów jej integracji (makro, mezo i mikro) oraz jej typy, obszary i kierunek oraz możliwe perspektywy, z których można ją rozpatrywać. Omówione zostały trzy różne poziomy współpracy, tj. strukturalny, organizacyjny i indywidualny, które odpowiadają poszczególnym wymiarom integracji.

Autorka wykazała także, iż korzenie koncepcji zintegrowanej opieki zdrowotnej tkwią w holistycznym spojrzeniu na zdrowie pacjenta, które opiera się między innymi na promowaniu ciągłości leczenia, czy też ograniczaniu nieefektywności w gospodarowaniu rzadkimi zasobami systemu ochrony zdrowia. Dodatkowo w rozdziale zaprezentowano doniesienia badawcze w zakresie efektów implementacji zintegrowanej opieki zdrowotnej.

W rozdziale czwartym przedstawiono dyskusję nad możliwością relacyjnego podejścia do obsługi pacjenta. Przyjęta przez Autorkę w monografii definicja usługi zdrowotnej wskazuje na znaczenie obsługi pacjenta dla zaspokojenia jego potrzeb zdrowotnych i pozazdrowotnych. Obsługa pacjenta jest w monografii rozumiana jako kompleksowy proces (kombinacja działań) zaspokajania potrzeb pacjenta przez usługodawców, w trakcie której usługodawca wchodzi w interakcje z pacjentem. Wskazane zostały także trzy fazy obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej.

Omówione zostało również zagadnienie jakości obsługi pacjenta. Autorka uznaje definicję jakości jako zdolność do spełniania oczekiwań i potrzeb pacjenta, która podkreśla znaczenie sposobu postrzegania procesu usługowego przez pacjenta. Jakość obsługi pacjenta stanowi także jeden z parametrów oceny systemów ochrony zdrowia, jako że wiąże się z jakością opieki zdrowotnej, która z kolei jest jednym, obok dostępności do opieki zdrowotnej i kosztów z nią związanych, z kluczowych elementów całościowej perspektywy oceny działania systemów ochrony zdrowia. W rozdziale tym dyskusji poddano także zagadnienie ciągłości opieki zdrowotnej, która ma znaczenie w całościowym, kompleksowym podejściu do obsługi pacjenta i stanowi podstawowy atrybut takiej obsługi, a tym samym wskaźnik oceny jakości obsługi pacjenta w systemie ochrony zdrowia. Ciągłość związana jest z płynnością procesu obsługi i jest głównym celem integrowania procesu świadczenia usług zdrowotnych w Europie, jako że skutki jej braku prowadzą do spadku jakości obsługi postrzeganej przez pacjentów co następnie ma wpływ na uzyskiwane wyniki leczenia. Ze względu na specyfikę choroby – w szczególności ciągłość opieki - cenią sobie pacjenci przewlekle chorzy. Wywód teoretyczny dotyczący znaczenia ciągłości obsługi pacjenta wzbogacony został także dowodami empirycznym pochodzącymi z systemów opieki zdrowotnej krajów rozwiniętych, w których wdrażana jest zintegrowana opieka zdrowotna. Jednak operacjonalizacja ciągłości, co podkreśla Autorka, przysparza wciąż wielu problemów.

Poza tym w rozdziale Autorka poddała analizie i ocenie dostępne metody pomiaru jakości tego teoretycznego konstruktów. Przedstawione zostały podstawowe narzędzia wykorzystywane w dotychczasowych podejściach stosowanych na świecie do oceny i pomiaru jakości obsługi pacjenta, jak: SERVQUAL i SERVPERF oraz alternatywne koncepcje pomiarowej jakości obsługi pacjenta, jak model EUROPEP (stosowany jedynie do podstawowej opieki zdrowotnej).

Autorka, jako przesłanki uzasadniające podjęcie działań mających na celu stworzenie odrębnego dla uwarunkowań polskich podejścia w zakresie oceny jakości obsługi pacjentów, wskazuje na krótką tradycję oraz różnice organizacyjne, społeczne i kulturowe stanowiące ograniczenia w swobodnym przeniesieniu doświadczeń amerykańskich na grunt europejski.

W rozdziale piątym zaprezentowano autorski, hierarchiczny model oceny jakości obsługi pacjenta, uwzględniający zaproponowane wcześniej podejście relacyjne (czyli uwzględniające perspektywę dwóch głównych interesariuszy systemu ochrony zdrowia). Zaprezentowany proces badawczy składał się z pięciu kroków. Pierwszy z nich to wybór przedmiotu badania. Drugi polegał na zebraniu informacji tak, aby zidentyfikować atrybuty jakości obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej, czyli zmienne, które pacjent przewlekłe chory (strona popytowa) uważa za ważne w swej obsłudze w ramach opieki zdrowotnej. Jednocześnie ustalone zostały elementy, które postrzegane są przez profesjonalistów sektora zdrowia (stronę podażową) jako najważniejsze dla stworzenia modelu oceny jakości obsługi pacjenta w zintegrowanej opiece zdrowotnej. Następnie zmienne te zostały odpowiednio pogrupowane i na ich podstawie zbudowane zostały wskaźniki jakości obsługi pacjenta. Trzeci etap metodyczny to budowa narzędzi pomiarowych (kwestionariuszy), które umożliwiły ocenę jakości obsługi pacjentów w zintegrowanej opiece zdrowotnej z perspektywy obu stron relacji pacjent – usługodawca. Czwarty etap metodyczny to empiryczna walidacja stworzonych dwóch narzędzi pomiarowych JOP-POP i JOP-POD (szczegółowo przedstawionych w aneksie). Autorka przeprowadziła testy rzetelności i trafności, aby określić przydatność narzędzia pomiarowego w nowych warunkach, które wykazały, że skala JOP-POP pozwala trafnie zdiagnozować jakość obsługi postrzeganą przez pacjentów przewlekłe chorych. Weryfikacja skali JOP-POD została dokonana na podstawie studium przypadku (zachodniopomorski usługodawca opieki zdrowotnej działający w sieci). Piąty etap to zbudowanie modelu oceny jakości obsługi pacjentów w zintegrowanej opiece zdrowotnej uwzględniającego perspektywę relacyjną. W rezultacie – co podkreśla Autorka – stworzony model ma charakter hierarchiczny i przez to nawiązuje do modelu M. Brady’ego i J. Cronina, ale jednocześnie posiada pewne elementy z koncepcji jakości A. Donabediana. Koresponduje on także z modelem zaproponowanym przez E. Wagnera, a w szczególności ze ścieżką obsługi pacjentów przewlekłe chorych zaproponowaną dla tego modelu.

W zakończeniu Autorka na podstawie przeprowadzonych badań i stworzonego modelu przedstawiła swoje postulaty zmian systemowych w opiece zdrowotnej. Poza tym, przedstawione zostały walory poznawcze, metodyczne i aplikacyjne modelu. Po pierwsze – stworzenie teorii, po drugie – ustandaryzowanego podejścia do pomiaru i oceny jakości obsługi pacjenta, a po trzecie – stworzenie matrycy pozwalającej określić stopień integracji opieki zdrowotnej w perspektywie jakości obsługi pacjenta. Autorka wskazała także na kierunki dalszych badań.

W recenzowanej monografii podjęte zostało bardzo ważne zagadnienie dotyczące jakości obsługi pacjenta z chorobą chroniczną w zintegrowanej opiece zdrowotnej. Jest to niezwykle oryginalna praca ze względu na kilka czynników. Po pierwsze, w pracy przyjęto perspektywę holistyczną, która umożliwia całościowe ujęcie procesu obsługi pacjenta z chorobą chroniczną, a nie tylko koncentrację na pojedynczych epizodach chorobowych jak

ma to miejsce w obecnie stosowanych systemach zarządzania jakością. Po drugie, zastosowano ujęcie relacyjne czyli przyjęto perspektywę dwóch interesariuszy systemu – pacjenta i profesjonalisty medycznego. Po trzecie, opracowana metodyka ma charakter pionierski w zakresie pomiaru i oceny jakości obsługi pacjenta. Po czwarte zidentyfikowano siedem głównych zbiorów wskaźników opisujących jakość obsługi pacjenta przewlekle chorego z perspektywy podażowej oraz dziewięć zbiorów wskaźników opisujących to samo z perspektywy popytowej.

Rekomendując Czytelnikowi prezentowaną monografię, pragnę podkreślić, że należy ona do wyjątkowo ciekawych i wysoce wartościowych publikacji z zakresu zintegrowanej opieki zdrowotnej i oceny jakości tej obsługi w sieci współpracujących ze sobą podmiotów leczniczych. Przeprowadzone badania mogą być przyczynkiem do dalszych badań. Warto nadmienić, iż znacząca jest także niezwykła staranność redakcji pracy, jak i „lekkość pióra” Autorki.